Judeţul ....................

 Localitatea .........................

 Unitatea medicală ...................................

 Telefon ......................., e-mail ............................

**CERTIFICAT MEDICAL - MEDICINA MUNCII**

 în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau didactic auxiliar în învăţământul superior

 Nr. .............. data .......................

 Se certifică faptul că ..................................................................................., CNP .............................................., este

 (numele şi prenumele)

 APT [ ]

 INAPT [ ]

 pentru înscrierea la concurs.

 Semnătură

 ..............................

 (medic specialist de medicina muncii)

 Judeţul .................

 Localitatea .....................

 Unitatea medicală ...........................

 Telefon ......................, e-mail ............................

**AVIZ - PSIHIATRIE**

 în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau didactic auxiliar în învăţământul superior

 Nr. ............... data ...................

 Se certifică faptul că .........................................................................................................,

 (numele şi prenumele)

CNP ........................................................,

prezintă [ ]/nu prezintă [ ] afecţiuni neuropsihice prevăzute în baremul medical cu afecţiunile care constituie contraindicaţii pentru exercitarea funcţiei de cadru didactic sau didactic auxiliar din învăţământul superior (anexa nr. 4 la Ordinul ministrului educaţiei şi al ministrului sănătăţii nr. 4.060/1.502/2024).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Afecțiuni neuropsihice | DA\* | NU\* |
| Tulburări psihice organice  |  |  |
| Tulburări psihice şi de comportament induse de consumul de alcool şi substanţe psihoactive  |  |  |
| Schizofrenie, tulburări schizoafective şi delirante  |  |  |
| Tulburări afective bipolare  |  |  |
| Tulburări depresive – forme severe  |  |  |
| Tulburări fobic-anxioase - forme severe  |  |  |
| Tulburări obsesiv-compulsive -forme severe  |  |  |
| Tulburări disociative  |  |  |
| Tulburări de personalitate  |  |  |

 \* Se completează obligatoriu.

 Semnătură,

 …....................................

 (medic specialist psihiatrie)